

問 診 票

年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日						
氏名			T S H R	年	月	日			

※住所、連絡先に変更がある場合はご記入ください

住所	〒	—							
電話番号	☎自宅	()	☎携帯	()			

・【仕事内容】 立ち仕事 事務 力仕事 運転手 主婦 無職 その他 ()

・【検診について】 この1年間で 特定検診または高齢者健診を… 受診していない ・ 受診した

★ 女性の方へ 妊娠をしていない ・ わからない ・ している (妊娠 週目)

今日診察を希望される場所 ・ 症状を簡単にお書きください (例)左手首が痛い

その症状はいつ頃からですか？

【 月 日から】 今日 ()日前 ()週間前 ()ヶ月前 ()年前

原因がありましたら○をつけてください

ころんだ ぶつけた 落ちた ひねった 切った 不明 その他 ()

交通事故ですか？ いいえ ・ はい (加害者 ・ 被害者 ・ 単独事故)

※はいと答えた方 あなたは (車 バイク 自転車 歩行者) 相手は (車 バイク 自転車 歩行者)

仕事もしくは通勤途中のケガですか？ いいえ ・ はい

今までに同じ症状で治療を受けたことはありますか？ いいえ ・ はい

※はいと答えた方 (いつ頃) に (どちらの病院で)

そのほか今まで掛かった病気、あるいは現在治療中の病気はありますか？ ない ・ ある

【病名】 高血圧症 高脂血症 糖尿病 気管支喘息 透析 その他 ()

【病院名】 () 病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 医療センター

手術歴はありますか？ いいえ ・ はい

【手術名の内容】 ()

【病院名】 () 病院 ・ 医院 ・ クリニック ・ 医療センター

お薬手帳はお持ちですか？ 持参している ・ 家にある ・ お薬手帳アプリ ・ 持っていない

本日、他院からの紹介状はお持ちですか？ いいえ ・ はい

マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか？ しない ・ する ・ 健康保険を使用

当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆医療情報取得加算(初診時) 加算1…3点 加算2…1点(マイナ保険証を利用した場合)